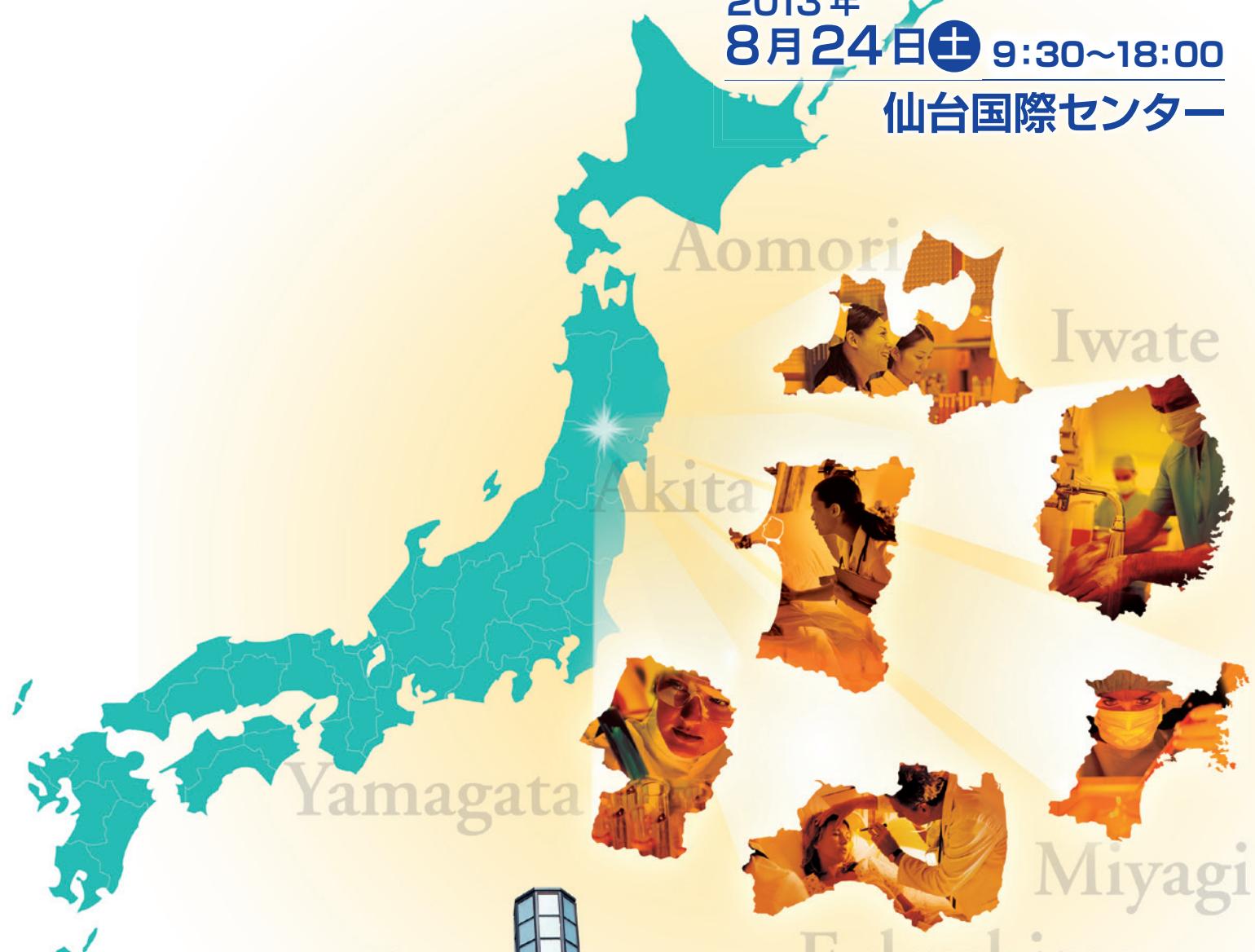


第5回 J感染制御 ネットワークフォーラム

要旨集

2013年
8月24日土 9:30~18:00

仙台国際センター



主催 J感染制御ネットワーク

第5回 J感染制御 ネットワークフォーラム

要旨集

2013年8月24日 土

仙台国際センター



第5回 J感染制御ネットワークフォーラム 要旨集

会期 2013年8月24日(土) 9:30~18:00(展示 9:30~17:00)

会場 仙台国際センター
〒980-0856 仙台市青葉区青葉山無番地
TEL : 022-265-2211(代表)

参加登録費 3,000円(当日総合受付で登録、事前登録はなし)

※本フォーラム参加者は、ICD認定更新のための単位(2単位)、ICMT認定更新のための単位(2単位)を取得できます。なお、「薬剤師のためのICワークショップ」受講者には日病薬感染制御認定(1単位)、日本薬剤師研修センター(1単位)が付与されます。13:30からの「日本感染管理ネットワーク東北支部 第4回研修会」につきましては、会員以外の方は参加費500円が別途必要となります。

総合受付 参加登録受付・総合案内
8月24日(土) 8:30~17:00 仙台国際センター2F ロビー

主催 J感染制御ネットワーク

共催 アステラス製薬株式会社、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、川本産業株式会社、杏林製薬株式会社、キヨーリンメディカルサプライ株式会社、サラヤ株式会社、シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社、塩野義製薬株式会社、システムズ株式会社、第一三共株式会社、大正富山医薬品株式会社、大日本住友製薬株式会社、テルモ株式会社、日本ベクトン・ディッキンソン株式会社、ファイザー株式会社、ミヤリサン製薬株式会社、Meiji Seika ファルマ株式会社、吉田製薬株式会社

共 賛 <展示会>

アイテック阪急阪神株式会社、株式会社エスアールエル、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、川本産業株式会社、杏林製薬株式会社、健栄製薬株式会社、サーモフィッシューサイエンティフィック株式会社、サラヤ株式会社、株式会社ジェイ・エム・エス、シスメックス株式会社、ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社、スリーエム ヘルスケア株式会社、積水メディカル株式会社、大幸薬品株式会社、テルモ株式会社、東洋羽毛北部販売株式会社、日本コヴィディエン株式会社、ニプロ株式会社、丸石製薬株式会社、株式会社モレーンコーポレーション、吉田製薬株式会社

<広告>

アークレイマーケティング株式会社、アステラス製薬株式会社、アリーア メディカル株式会社、アルフレッサ ファーマ株式会社、株式会社エイアンドティー、MSD 株式会社、大塚製薬株式会社、花王プロフェッショナル・サービス株式会社、グラクソ・スミスクライン株式会社、ケーディーアイコンズ株式会社、ゲーティング・ジャパン株式会社、サノフィ株式会社、大日本住友製薬株式会社、中外製薬株式会社、富士レビ才株式会社、扶桑薬品工業株式会社、ベックマン・コールター株式会社、株式会社モレンコーポレーション

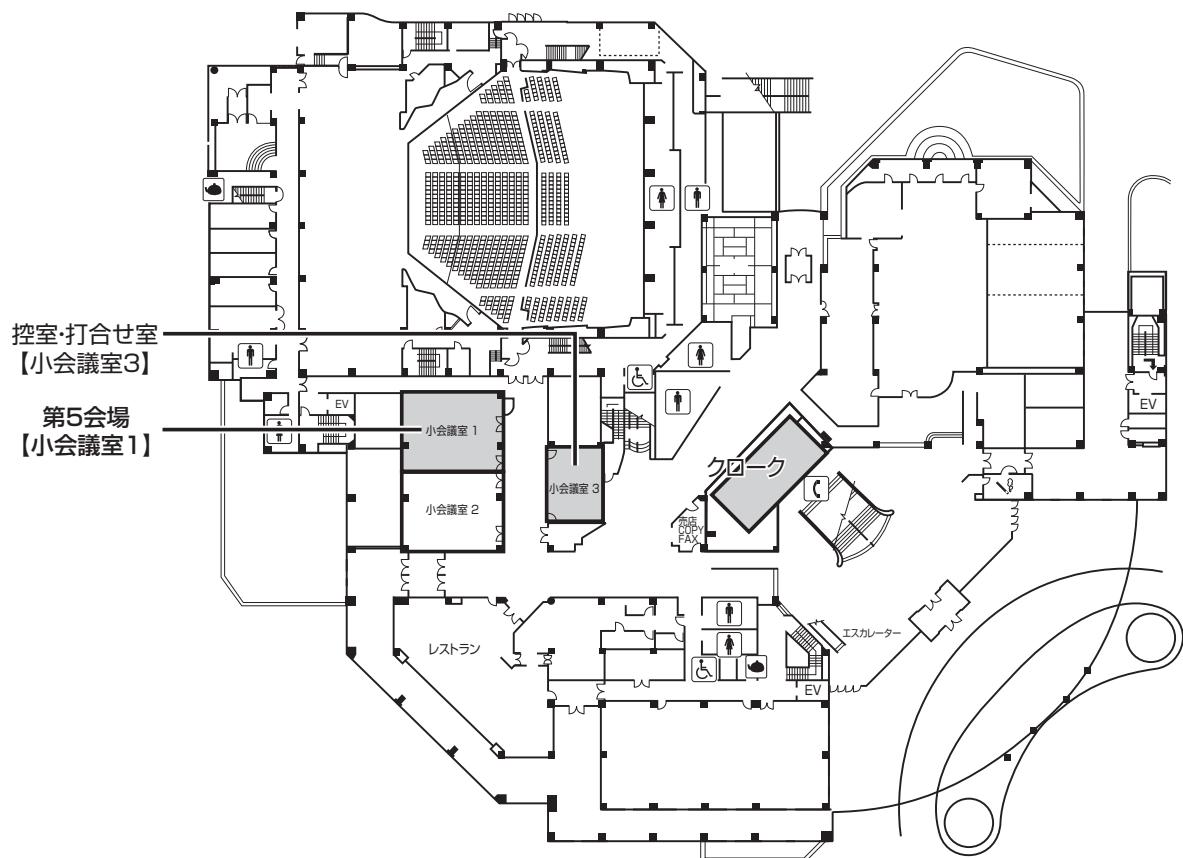
後 援 宮城県、青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県
仙台市、宮城県医師会、仙台市医師会、東北厚生局

事 務 局 J感染制御ネットワーク 事務局

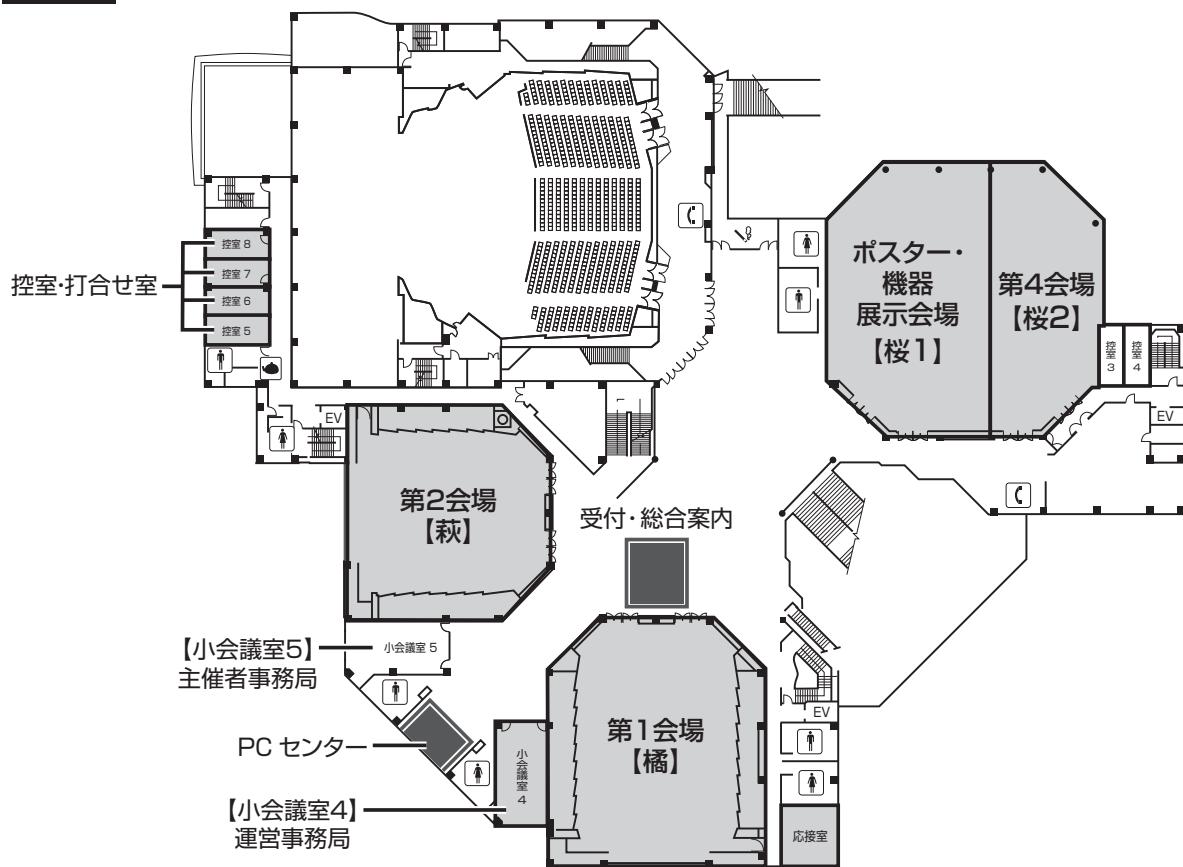
東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学分野
〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1
TEL: 022-717-7373 FAX: 022-717-7375

会場案内図

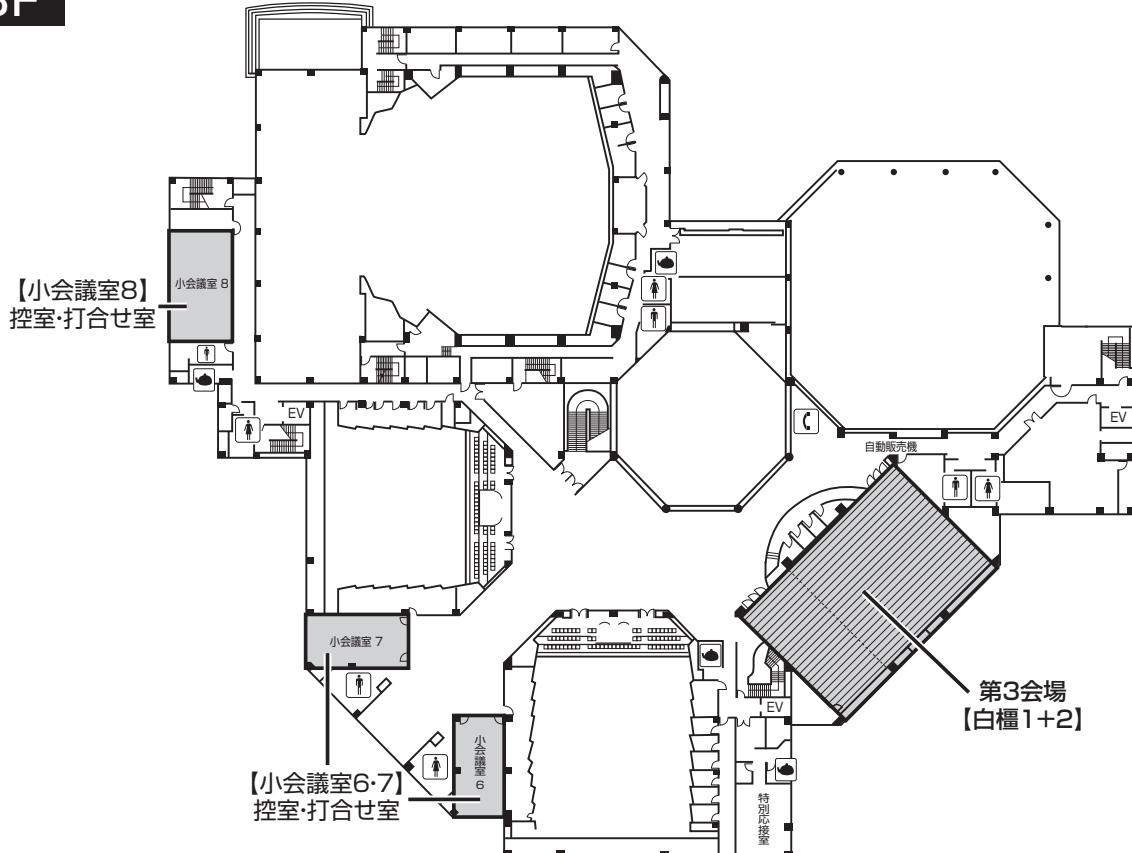
1F



2F



3F



日 程 表

会場名	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	ポスター・機器展示会場	会場名
部屋名	橋	萩	白樺1+2	桜2	小会議室1	桜1	部屋名
フロア	2階	2階	3階	2階	1階	2階	フロア
8:00							8:00
8:30							8:30
9:00							9:00
9:30							9:30
10:00	感染管理ベストプラクティス ワークショップ 司会: 小山田厚子 小川 伸 演者: 残間由美子 高橋 誠 佐々木浩美 坂本恵理子 神保 昌世 森兼 啓太 加来 浩器 土井 英史 総括: 賀来 満夫	薬剤師のための ICワークショップ 『シンポジウム』 「日病薬・感染制御専門 委員会からのアドバイス」 司会: 平賀 元 演者: 白石 正 北村 正樹 明石 貴雄 『特別講演』 「虎の門病院のTDMの取り組み」 司会: 白石 正 演者: 五十嵐正博	薬剤耐性菌ワークショップ 「多剤耐性菌の現状とその対応」 司会: 長沢 光章 矢野 寿一 演者: 猪股 真也 小川 美保 川上小夜子 遠藤 史郎 大花 昇 青柳 哲史				10:00
10:30							10:30
11:00						教育セミナー 5 「感染管理における最新の Topics: 米国感染制御疫学専門家 協会 APIC2013に参加して」 司会: 福田 祐子 演者: 操 华子	11:00
11:30							11:30
12:00							12:00
12:30	教育セミナー 1 「成人の風疹流行に どう対峙するか」 司会: 三木 祐 演者: 大曲 貴夫	教育セミナー 2 「アウトブレイクの経験～実際の経緯と その対策(感染性胃腸炎/疥癬)～」 司会: 宮城 由梨 演者: 佐藤 香織 奥 由美	教育セミナー 3 感染症救急ベーシックセミナー 「救急・集中治療領域の感染症、敗血症 に挑む—抗菌薬治療戦略の第一歩—」 司会: 光武耕太郎 演者: 工藤 大介	教育セミナー 4 [Clostridium difficile 感染症対策への新たな アプローチ—プロバイオティクスを含めて—] 司会: 金光 敏二 演者: 國島 広之			12:30
13:00							13:00
13:30							13:30
14:00	教育セミナー 6 「重症感染症のマネジメント」 司会: 菅場 広之 演者: 藤村 茂 村上 啓雄	教育セミナー 7 「手指衛生をいかに行うか!」 司会: 村川 弘 演者: 土井 英史 堀 賢	病院疫学セミナー ～気づきのセンスと伝える テクニックを磨く～ 司会: 吉田真紀子 徳田 浩一 演者: 吉田真紀子 徳田 浩一 閑谷 紀貴 具 芳明	感染症ベーシック セミナー 2013 ～市中感染症に強くなる～ 司会: 武内 健一 本田 芳宏 演者: 大曲 貴夫 具 芳明 八田 益充 倉井 华子			14:00
14:30							14:15
15:00							14:30
15:15							15:00
15:30							15:30
15:45							16:00
16:00	総合シンポジウム 1 「感染制御地域ネットワークの 重要性と地域連携加算 -1年を通じて見てきたこと、 課題そして今後の展望-」 司会: 大久保 恵 森兼 啓太 演者: 政本 紀世 神田 雅子 松永 直久	総合シンポジウム 2 「感染症危機管理: 新興・ 再興感染症への対応 -H7N9 感染症、SFTS、 新型コロナウイルス感染症、 風疹など-」 司会: 遠近 彰 飯島 秀弥 演者: 石田 直 加来 浩器 大曲 貴夫					16:30
16:30							17:00
17:00							17:30
17:30							18:00
17:45	フォーラム総括・閉会挨拶						18:30
18:00							19:00
18:30							
19:00							

第1会場（橋）

共催：花王プロフェッショナル・サービス株式会社

9:30～11:30	感染管理ベストプラクティスワークショップ 感染管理ベストプラクティスの多領域での効用と組織安全風土改善の為の活用 ~“知っていると実施している”この違いの大きな壁をぶち破れ!!~ 司会：小山田厚子 （独立行政法人国立病院機構仙台医療センター） 小川 伸 （市立横手病院）
9:35～9:50	1. 感染管理ベストプラクティス災害時事例集発行にあたって 演者：残間由美子 （公益財団法人宮城厚生協会坂総合病院）
9:50～10:30	2. 繼続的な取組み事例報告 <ul style="list-style-type: none"> 2-1 山形ワーキンググループでの取り組み～共通テーマの設定～ 演者：高橋 瞳（山形済生病院） 2-2 産後ナフキン交換手順のプロセス管理－感染対策とコストに重点をおいて－ 演者：佐々木浩美（スズキ記念病院） 2-3 感染管理ベストプラクティスの追跡調査を行って 演者：坂本恵理子（医療法人社団松下会東生駒病院） 2-4 感染管理ベストプラクティスを用いて －サーベイランス実施病棟での活用・地域での取り組み－ 演者：神保 昌世（橋本市民病院）
10:30～10:50	3. ベストプラクティスとアウトカム～サーベイランスデータの活用～ 演者：森兼 啓太 （山形大学医学部附属病院）
10:50～11:10	4. 危機管理と感染管理ベストプラクティス 演者：加來 浩器 （防衛医科大学防衛医学研究センター）
11:10～11:25	5. 感染管理ベストプラクティスを推進する為に必要な組織的戦略 演者：土井 英史 （特定非営利活動法人日本感染管理支援協会）
11:25～11:30	6. 総括発言 演者：賀来 満夫 （東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

第2会場(萩)

共催: Meiji Seika ファルマ株式会社

9:30～11:30 薬剤師のためのICワークショップ

開会挨拶: 白石 正 (山形大学医学部附属病院 薬剤部長・主任教授)

9:30～10:30(質疑応答10分含む)

シンポジウム:「日病薬・感染制御専門委員会からのアドバイス」

－研修・試験・認定－

司会: 平賀 元 (八戸市民病院 薬局長)

演者: 白石 正 (山形大学医学部附属病院 薬剤部長・主任教授)

北村 正樹 (東京慈恵会医科大学附属病院薬剤部)

明石 貴雄 (東京医科大学附属病院 薬剤部長)

10:30～11:30 特別講演:「虎の門病院のTDMの取り組み」

司会: 白石 正 (山形大学医学部附属病院 薬剤部長・主任教授)

演者: 五十嵐正博 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 薬剤部 調剤科長)

閉会挨拶: 平賀 元 (八戸市民病院 薬局長)

※受講成果確認レポート提出

※日病薬感染制御認定: 1単位 日本薬剤師研修センター: 1単位

第3会場(白樺1+2)

共催: シスメックス株式会社

シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社

9:30～11:30 薬剤耐性菌ワークショップ 「多剤耐性菌の現状とその対応」

司会: 長沢 光章 (東北大学病院検査部)

矢野 寿一 (東北大学大学院 感染制御・検査診断学)

1. 多剤耐性菌の現状

① MRSA

演者: 猪股 真也 (東北大学大学院 感染制御・検査診断学)

② ESBL 産生菌

演者: 小川 美保 (株式会社 ビー・エム・エル)

③ 耐性緑膿菌、耐性アシネットバクター

演者: 川上小夜子 (帝京大学医学部附属病院 感染制御部)

④ その他の注目すべき耐性菌

演者: 遠藤 史郎 (東北大学大学院 感染制御・検査診断学)

2. 耐性菌への対応

①検査部

演者：大花 昇（福島県立医科大学）

②感染症診療チーム

演者：青柳 哲史（東北大学大学院 感染制御・検査診断学）

第5会場（小会議室1）

共催：吉田製薬株式会社

12:30～14:00

「研修会」
発表

12:30～13:00

（休憩10分）

総合討論

13:10～13:40

「総会」

13:40～14:00

日本感染管理ネットワーク東北支部 第4回研修会・平成25年度総会 感染防止対策加算のその後～隣のICNは何をしているの？～

司会：大谷 直美（国立病院機構 弘前病院）

多田 豊一（JA 秋田厚生連 由利組合総合病院）

感染防止対策加算新設後の当院の対応と現在の活動状況報告

～加算取得なしのICNの活動～

演者：元木 健介（国立病院機構 青森病院）

感染防止対策加算カンファレンス 当院での現状と課題

演者：吉田 裕子（岩手県立磐井病院）

感染防止対策加算に係る地域連携の実際

～合同カンファレンス参加のメリット・デメリット～

演者：森 浩子（福島県立医科大学附属病院）

第3会場（白樺1+2）

共催：日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

13:30～15:30

病院疫学セミナー

～気づきのセンスと伝えるテクニックを磨く～

司会：吉田真紀子（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 地域感染症疫学・予防センター副センター長）

徳田 浩一（東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学）

13:30～13:55

（質疑応答5分）

院内感染対策と病院疫学

演者：吉田真紀子（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 地域感染症疫学・予防センター副センター長）

14:00～14:25

（質疑応答5分）

ターゲットサーベイランス

演者：徳田 浩一（東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学）

-
- 14:30～14:55** **細菌検査室の情報をどう活かすか**
(質疑応答 5分)
演者：関谷 紀貴（がん・感染症センター都立駒込病院 臨床微生物科）
- 15:00～15:25** **情報を伝えるコツと技術**
(質疑応答 5分)
演者：具 芳明（東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座）

第4会場（棟2）

共催：大正富山医薬品株式会社
アステラス製薬株式会社

- 13:30～15:30** **感染症ベーシックセミナー 2013**
～市中感染症に強くなる～
- 司会：武内 健一（岩手県立中央病院）
：本田 芳宏（一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 呼吸器内科）
- 感染症のロジック**
演者：大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター）
- 皮膚軟部組織感染症**
演者：具 芳明（東北大学大学院医学系研究科感染症診療地域連携講座）
- 尿路感染症**
演者：八田 益充（東北大学大学院医学系研究科感染制御・検査診断学分野）
- 肺炎－診断から治療までの考え方－**
演者：倉井 華子（静岡県立静岡がんセンター感染症内科）

第1会場（橋）

共催：サラヤ株式会社

- 15:45～17:45** **総合シンポジウム 1**
感染制御地域ネットワークの重要性と地域連携加算
－1年を通じて見えてきたこと、課題そして今後の展望－
- 司会：大久保 憲（東京医療保健大学）
森兼 啓太（山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部）
- 演者：政本 紀世（東京武蔵村山病院）
神田 雅子（NTT 東日本東北病院）
松永 直久（帝京大学）
- 17:10～17:45** **シンポジウム**

第2会場(萩)

共催：塩野義製薬株式会社

15:45～17:45

総合シンポジウム2

感染症危機管理：新興・再興感染症への対応

－H7N9感染症、SFTS、新型コロナウィルス感染症、風疹など－

司会：渡辺 彰（東北大学加齢医学研究所）

飯島 秀弥（仙台オープン病院 呼吸器内科）

鳥インフルエンザ（特措法も含め）

演者：石田 直（倉敷中央病院 呼吸器内科）

SFTS・新型コロナウィルス感染症

演者：加來 浩器（防衛医科大学校 防衛医学研究センター）

風疹

演者：大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター）

第1会場(橋)

共催：第一三共株式会社

12:00～13:00

教育セミナー1（ランチョン）

成人の風疹流行にどう対峙するか

司会：三木 祐（独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター 呼吸器内科 部長）

演者：大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター センター長）

第2会場(萩)

共催：杏林製薬株式会社

キヨーリンメディカルサプライ株式会社

12:00～13:00

教育セミナー2（ランチョン）

アウトブレイクの経験～実際の経緯とその対策～

司会：宮城 由梨（学校法人 東北薬科大学 東北薬科大学病院）

アウトブレイクの経験～実際の経緯とその対策（感染性胃腸炎）～

演者：佐藤 香織（大分市医師会立 アルメイダ病院）

アウトブレイクの経験～実際の経緯とその対策（疥癬）～

演者：奥 由美（医療法人恵愛会 中村病院）

第3会場(白樺1+2)

共催：ファイザー株式会社

12:00～13:00

教育セミナー3(ランチョン) 感染症救急ベーシックセミナー 救急・集中治療領域の感染症、敗血症に挑む—抗菌薬治療戦略の第一歩—

司会：光武耕太郎（埼玉医科大学国際医療センター 感染症科・感染制御室 教授）

演者：工藤 大介（東北大学病院 救急科・高度救命救急センター）

第4会場(桜2)

共催：ミヤリサン製薬株式会社

12:00～13:00

教育セミナー4(ランチョン) Clostridium difficile 感染症対策への新たなアプローチ —プロバイオティクスを含めて—

司会：金光 敬二（福島県立医科大学 感染制御学講座）

演者：國島 広之（聖マリアンナ医科大学内科学 総合診療内科）

第5会場(小会議室1)

共催：吉田製薬株式会社

12:00～12:30

教育セミナー5(ランチョン) 感染管理における最新のTopics： 米国感染制御疫学専門家協会 APIC2013に参加して

司会：福田 祐子（岩手県立中央病院 感染管理部）

演者：操 華子（宮城大学大学院 看護学研究科）

第1会場(橋)

共催：大日本住友製薬株式会社

14:00～15:15

教育セミナー6(スイーツ) 重症感染症のマネジメント

司会：萱場 広之（弘前大学大学院医学研究科臨床検査医学講座）

医療者全体で考える抗菌化学療法

演者：藤村 茂（東北薬科大学 臨床感染症学教室／東北薬科大学病院
感染管理対策室）

重症感染症と抗菌薬適正使用

演 著：村上 啓雄（岐阜大学医学部附属病院生体支援センター）

第2会場（萩）

共催：テルモ株式会社
川本産業株式会社

**14:00～15:15 教育セミナー7（スイーツ）
手指衛生をいかに行うか！？**

司 会：竹村 弘（聖マリアンナ医科大学病院 感染制御部 部長）

**手の衛生遵守率を向上させる為の様々な工夫
～とにかく色々とやってみましょう！～**

演 著：土井 英史（特定非営利活動法人日本感染管理支援協会 理事長）

Clean Hands, Safe Hands

演 著：堀 賢（順天堂大学大学院医学研究科 感染制御科学 教授）

一般演題（ポスター）会場（桜1）

1コース：13:00～14:00

司会：神保 昌世（橋本市民病院 感染管理認定看護師）

演題番号	演題名	筆頭演者名	筆頭演者所属
P-1	当院における「感染管理」はこうして変わった	吉田佑美子	栃内第二病院 看護管理室
P-2	褥瘡処置のベストプラクティス ～褥瘡処置の標準化を目指して～	今野 隆輝	医療法人 勝久会 地ノ森クリニック 病棟
P-3	閉鎖式尿道留置カテーテル挿入手順書作成	久和 美恵	坂下厚生総合病院
P-4	感染管理ベストプラクティスの活用状況調査 ～実践現場で活かされる感染管理ベストプラクティスを目指して～	沼館 育世	秋田大学医学部附属病院

2コース：13:00～14:00

司会：佐藤 久子（塩竈市立病院 看護師長）

演題番号	演題名	筆頭演者名	筆頭演者所属
P-5	血液培養採血ベストプラクティス作成と取り組みの結果	菊池 美雪	米沢市立病院
P-6	当院における血液培養ベストプラクティスの取り組みと効果	遠藤 美穂	秋田県成人病医療センター 感染対策委員
P-7	末梢静脈カテーテル留置手順の遵守率低下からの検討 ～最重要手順の遵守率低維持をめざして～	千葉 美香	スズキ記念病院
P-8	感染対策に重点をおいた「採血・点滴専用ワゴン」の作成 ～針刺し事例から学ぶ～	上野由香里	スズキ記念病院

3コース：13:00～14:15

司会：國島 広之（聖マリアンナ医科大学内科学 総合診療内科）

演題番号	演題名	筆頭演者名	筆頭演者所属
P-9	PDCAサイクルを活用した手指衛生回数増加に向けての取り組み	鎌田 佳奈	岩手県立中部病院
P-10	手術室手洗い環境改善 ～ラビング法導入に向けての取り組み～	長山 翔子	岩手県立中部病院 手術室看護師
P-11	アイシールド着用推進の取り組み ～個人用ゴーグルの導入～	奥山 智春	大崎市民病院 看護部感染対策委員会
P-12	病院内の水周りの環境整備方法の検討	佐藤 久美	公益財団法人ライフ・エクステンション研究所 附属 永寿総合病院 感染制御部
P-13	患者周囲環境対策の検討～MRSA対策～	松本 千秋	埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室

要旨集

感染管理ベストプラクティスワークショップ

感染管理ベストプラクティスの多領域での効用と組織安全風土改善の為の活用 ～“知っていると実施している”この違いの大きな壁をぶち破れ!!～

司会：小山田厚子（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター）

小川 伸（市立横手病院）

演者：

9:35～9:50 「感染管理ベストプラクティス災害時事例集発行にあたって」

残間由美子（公益財団法人宮城厚生協会坂総合病院）

9:50～10:30 継続的な取組み事例報告

「山形ワーキンググループでの取り組み～共通テーマの設定～」

高橋 隆（山形済生病院）

「産後ナップキン交換手順のプロセス管理－感染対策とコストに重点をおいて－」

佐々木浩美（スズキ記念病院）

「感染管理ベストプラクティスの追跡調査を行って」

坂本恵理子（医療法人社団松下会東生駒病院）

「感染管理ベストプラクティスを用いて

－サーベイランス実施病棟での活用・地域での取り組み－」

神保 昌世（橋本市民病院）

10:30～10:50 「ベストプラクティスとアウトカム～サーベイランスデータの活用」

森兼 啓太（山形大学医学部附属病院）

10:50～11:10 「危機管理と感染管理ベストプラクティス」

加來 浩器（防衛医科大学防衛医学研究センター）

11:10～11:25 「感染管理ベストプラクティスを推進する為に必要な組織的戦略」

土井 英史（特定非営利活動法人日本感染管理支援協会）

11:25～11:30 「総括発言」

賀来 満夫（東北大学大学院 感染制御・検査診断学分野）

感染管理ベストプラクティス（以下ベスプラ）部会では、医療関連施設における業務プロセスに焦点をあて、感染管理の視点から現状手順の改善を図り、変更した手順の遵守率を見える化し、感染予防に関する行動の変容を起こすことを目標として活動しています。

一昨年起きた東日本大震災の被災地では多数の傷病者、災害弱者に対して、災害支援者と共に、少ない資源を効果的・効率的に使用して、緊急事態を乗り越えなければならない経験をしました。その時作成の必要性に迫られたのが、災害時ベスプラでした。

本ワークショップでは、「感染管理ベストプラクティスの多領域での効用と組織安全風土改善の為の活用」を大きなテーマに掲げ、～“知っていると実施している”この違いの大きな壁をぶち破れ!!～と題して、災害時ベスプラの紹介をはじめ、地域で同じテーマを取り組んだワーキンググループ活動の紹介、ベスプラとコストの関係についての発表、ベスプラの追跡調査、ターゲットサーベイランス実施病棟でのベスプラの活用、ベスプラを地域で活用した経験など、様々な活用事例を全国からご報告いただきます。

教育的な講演として、森兼先生には「サーベイランスデータの活用」を、加來先生には「危機管理とベスプラ」について、土井先生には「ベスプラ推進のための戦略」についてお話を頂きます。最後に賀来先生に総括発言をお願いしました。

実践現場でベスプラを活用し、組織風土の改善と行動の変容について、皆様と一緒に考えていきたいと思います。

薬剤師のための IC ワークショップ

シンポジウム：

「日病薬・感染制御専門委員会からのアドバイス」

— 研修・試験・認定 —

司会：平賀 元（八戸市民病院薬局）

演者：白石 正（山形大学医学部附属病院薬剤部）

北村 正樹（東京慈恵会医科大学附属病院薬剤部）

明石 貴雄（東京医科大学附属病院薬剤部）

特別講演：

「虎の門病院の TDM の取り組み」

司会：白石 正（山形大学医学部附属病院薬剤部）

演者：五十嵐正博（国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 薬剤部）

日本病院薬剤師会では、専門薬剤師制度の中に感染制御専門委員会があり、さらに感染制御専門委員会の中には研修・試験・認定の3つの委員会が設置され、感染制御専門および認定薬剤師の認定を行っている。これまでに感染制御専門薬剤師は242名、認定薬剤師は646名(24年度現在)認定されてきたが、東北地区からこれら認定を受けている薬剤師は決して多いとは言い難い。そこで本 IC ワークショップでは、東北地区から1名でも多くの感染制御専門・認定薬剤師を誕生させるため感染制御専門委員会からのアドバイスを企画した。座長は八戸市民病院薬剤師の平賀 元先生にお願いし、研修委員会(白石 正委員長)からは、認定に必要な研修単位の中で必須となる日病薬の感染制御講習会を年3回開催しており、更新にはこの講習会を2回出席する必要があることや講習会の今後の予定について説明する。試験委員会(北村正樹副委員長)からは感染制御専門および認定試験の範囲および試験の注意点を説明する。認定審査委員会(明石貴雄委員長)からは、感染制御認定薬剤師の申請に必要な感染レポート作成の注意点を中心に説明する。これら3つの委員会からのアドバイスを参考として、東北地区から多くの感染制御専門および認定薬剤師が誕生することを希望するものである。

薬剤耐性菌ワークショップ 「多剤耐性菌の現状とその対応」

司会：長沢 光章（東北大学病院検査部）
矢野 寿一（東北大学大学院 感染制御・検査診断学）

演者：

1. 多剤耐性菌の現状

① MRSA

猪股 真也（東北大学大学院 感染制御・検査診断学）

② ESBL 産生菌

小川 美保（株式会社 ビー・エム・エル）

③ 耐性緑膿菌、耐性アシнетバクター

川上小夜子（帝京大学医学部附属病院 感染制御部）

④ その他の注目すべき耐性菌

遠藤 史郎（東北大学大学院 感染制御・検査診断学）

2. 耐性菌への対応

① 検査部

大花 昇（福島県立医科大学）

② 感染症診療チーム

青柳 哲史（東北大学大学院 感染制御・検査診断学）

優れた抗菌薬の登場にもかかわらず、MRSAや多剤耐性緑膿菌・多剤耐性アシнетバクター、ESBL 産生菌などのさまざまな薬剤耐性菌による院内感染事例が依然として報告され続けている。特に、薬剤耐性菌の問題は今や病院感染のみにとどまらず、市中感染としての問題点も指摘されており、地域社会での蔓延・拡大に伴う医療施設への持ち込み事例の増加など、病院だけでなく診療所、高齢者施設、在宅など、いわゆる医療関連感染としての問題が大きくクローズアップされてきている。このような状況を受け、世界保健機関WHOにおいても、特に薬剤耐性菌に対する対応を重要なミッションとして位置づけ、世界各国の医療行政機関やECDCや米国CDCなどの感染症対策の専門機関とともに協力し、薬剤耐性菌蔓延防止、感染制御に関して積極的な取り組みを開始しようとしている。

本ワークショップでは、“多剤耐性菌の現状とその対応”をメインテーマとして、各種薬剤耐性菌の現状とその対応を取り上げ、薬剤耐性菌への総合的なマネジメントについて議論を進めていくことにしている。まず、“多剤耐性菌の現状”として、猪股真也先生に「MRSA」、小川美保先生に「ESBL 産生菌」、川上小夜子先生に「耐性緑膿菌、耐性アシнетバクター」、遠藤史郎先生に「その他の注目すべき耐性菌」についてお話しいただくことにしており、また、次に“多剤耐性菌への対応”として、大花 昇先生に「検査部」としての対応、青柳哲史先生に「感染症診療チーム」の対応についてお話しいただくこととしている。

薬剤耐性菌感染症の問題は、患者の高齢化や易感染性宿主の増加など、宿主要因のリスクが高まるなか、医療の質保障・医療安全の観点からも、また、医療施設の評価の面からも大きなインパクトを持つもので、薬剤耐性菌への対応は今や医療関連施設における“トップリスクマネジメント”として強く認識されている。本ワークショップに多くの方々に御参加いただき、薬剤耐性菌に関する情報の共有化をはかるとともに、これらの薬剤耐性菌に対して迅速かつ効果的に対応できる体制づくりはいかにあらべきかなど、活発で実りのある討議がなされることに期待したい。

日本感染管理ネットワーク東北支部 第4回研修会 感染防止対策加算のその後～隣のICNは何をしているの？～

司会：大谷 直美（国立病院機構 弘前病院）
多田 豊一（JA 秋田厚生連 由利組合総合病院）

演者：

1. 「感染防止対策加算新設後の当院の対応と現在の活動状況報告」

～加算取得なしのICNの活動～

元木 健介（国立病院機構 青森病院）

2. 「感染防止対策加算カンファレンス 当院での現状と課題」

吉田 裕子（岩手県立磐井病院）

3. 「感染防止対策加算に係る地域連携の実際」

～合同カンファレンス参加のメリット・デメリット～

森 浩子（福島県立医科大学附属病院）

昨年度の研修会で、診療報酬において感染防止対策加算が新設されたことを受け、各県から地域連携の現状報告を頂き、会員間で情報共有を行い、好評を得ました。今年度は、「感染防止対策加算のその後～隣のICNは何をしているの？～」というテーマで、代表地域から3題演題発表をいただき、加算新設後のジレンマやメリット・デメリット、カンファレンスの持ち方、1年が経過して、その後の変化や地域連携の在り方など、シンポジウム形式で、情報交換をすることにいたしました。感染対策に関わる皆様の、明日からの地域連携へのヒントにつなげていただければ幸いです。

一般社団法人 日本感染管理ネットワーク東北支部 運営委員会

会員以外の方は参加費500円が必要となります、感染対策に関わりのある方でしたらどなたでもご参加いただけます。

病院疫学セミナー

～気づきのセンスと伝えるテクニックを磨く～

司会：吉田眞紀子（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 地域感染症疫学・予防センター 副センター長）
徳田 浩一（東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学）

院内感染対策を進める上で疫学の考え方は有用だが、その使い方がわからない、難しいとの話もしばしば聞く。疫学の手法を使って、見えないものを「見える化」し、それを現場に効果的に見せ、改善と評価のサイクルに回していく流れを意識することで、見通しよく院内感染対策を行うことができる。疫学的な考え方を学び、各施設での対策にすぐに活かしていく実際的な知識を得てもらうことがこのセミナーの目的である。

演者：

1. 「院内感染対策と病院疫学」

吉田眞紀子（医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 地域感染症疫学・予防センター 副センター長）
ツールとしての病院疫学の知識と、それを効率よく生かした院内感染対策の全体像について説明します。

2. 「ターゲットサーベイランス」

徳田 浩一（東北大学大学院医学系研究科 感染制御・検査診断学）

ターゲットサーベイランスの目的や、得た情報をどうやって見えるかたちにまとめるか、集計や解釈の注意点などについて解説します。

3. 「細菌検査室の情報をどう活かすか」

関谷 紀貴（がん・感染症センター都立駒込病院 臨床微生物科）

細菌検査データを indicator based surveillance としてどのような視点で整理し、見えるかたちにしていくのか、集計や解釈の注意点などについて解説します。

4. 「情報を伝えるコツと技術」

具 芳明（東北大学大学院医学系研究科 感染症診療地域連携講座）

情報をまとめ、それに対するアセスメントとゴール設定をしたら、それを病院上層部や関連部署にどのように伝えるかが大切になります。レポートやプレゼンのまとめ方、伝え方は重要な技術のはずですが、しばしば軽視されています。ここでは伝えることの大切さとそのポイントを説明します。

感染症ベーシックセミナー2013

～市中感染症に強くなる～

司会：武内 健一（岩手県立中央病院）

本田 芳宏（一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 呼吸器内科）

演者：

1. 「感染症のロジック」

大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター）

感染症診療を適切に出来るようになるにはどうすればいいのか？

- 1) 患者背景を理解する：まず必要なのは「患者について知ること」である。これにより起こっている問題の推測がしやすくなり、問題となる微生物の推定も可能になる。
- 2) どの臓器の感染か：「問題となっている臓器」がわかつていれば、仮説（=鑑別診断）を引き出しやすい。臓器が絞れれば、その臓器に問題を起こす疾患を具体的にリストアップするのは比較的簡単である。
- 3) 微生物の推定：原因微生物が想定できていなければならない。なぜなら想定している微生物によって検査方法も治療も異なるからだ。原因微生物の推定の参考になるのは一つは患者背景、二つ目は感染臓器である。
- 4) どの抗菌薬を選択？

感染症治療はempiric therapyとdefinitive therapyに区別される。感染症治療が開始される時点では、病原微生物が同定されていない。この時点では標的として推測される微生物に対して有効な抗菌薬を選択する。これがEmpiric therapyである。やがて微生物検査の結果、原因微生物とその感受性試験結果が得られる。ここで特定の臓器の特定の微生物による感染症に対して、“第一選択薬”を用いて行う治療法（Definitive Therapy）を選択する。

- 5) 適切な経過観察：経過観察を行う上で重要なことは、各疾患の自然経過つまり「どのような過程を経てよくなっていくか」つまり自然経過をよく理解しておくことだ。

2. 「皮膚軟部組織感染症」

具 芳明（東北大学大学院医学系研究科感染症診療地域連携講座）

皮膚軟部組織感染症には癰（せつ）など軽症のものから、丹毒、蜂窩織炎、重症である壊死性軟部組織感染症まで幅広い疾患が含まれる。とくに壊死性軟部組織感染症を見逃さないことが重要である。その診療は、病歴と身体所見（視診を含む）を丁寧にとって炎症の広がりと深さを判断することから始まる。広がりは視診で判断できることが多いが、外見上の発赤の広がりと疼痛や腫脹の広がりに差がないか注意を払う。深さは発赤の辺縁部に注目するとともに色調や水疱を観察して判断する。時間経過を追っての判断が必要となることもある。

3. 「尿路感染症」

八田 益充（東北大学大学院医学系研究科感染制御・検査診断学分野）

尿路感染症は細菌感染症としては最も頻度の高い感染症の1つであり、多くの臨床医が日常的に遭遇する疾患である。尿路感染症はいくつかの視点で分類でき、例えばその感染部位により上部尿路感染症（腎孟腎炎、腎臓炎、腎周囲臓炎など）と下部尿路感染症（膀胱、前立腺炎、尿道炎など）とに分類され、また基礎疾患の有無などにより単純性と複雑性とに分類される。単純性と複雑性では想定起炎菌が大きく異なり、単純性では大腸菌やクレブジエラといった腸内細菌のグラム陰性桿菌がほとんどだが、複雑性では腸内グラム陰性桿菌に加えて、緑膿菌やアシネットバクター、腸球菌なども関与してくる。今回は、これらの尿路感染症の診断や治療のポイントや、いくつかのピットフォールなどを紹介したいと思う。

4. 「肺炎－診断から治療までの考え方－」

倉井 華子（静岡県立静岡がんセンター感染症内科）

肺炎診断には、「Heckerling score」などいくつかの診断スコアが提唱されている。いずれも、複数の病歴と症状、身体所見を合わせて診断を行う。重症度の判定にはA-DROPといった評価方法が用いられ、外来または入院で治療するかを判断する。次に原因菌の推定であるが、市中であればその他マイコプラズマやクラミドフィラ、レジオネラのような非定型肺炎の菌に加え、クレブジエラ、モラキセラ、インフルエンザ菌などが原因となる。患者のリスク因子から菌を推定する。喀痰のグラム染色は原因菌推定の重要なツールである。

総合シンポジウム 1

感染制御地域ネットワークの重要性と地域連携加算

—1年を通じて見えてきたこと、課題そして今後の展望—

司会：大久保 憲（東京医療保健大学）

森兼 啓太（山形大学医学部附属病院 検査部・感染制御部）

演者：政本 紀世（東京武蔵村山病院）

神田 雅子（NTT東日本東北病院）

松永 直久（帝京大学）

感染症は原因微生物が伝播し、個人や病棟・医療施設を超えて地域全体に伝播蔓延・拡大していく可能性があるため、地域においてネットワークを構築し、連携協力し、共同で感染症対策・感染制御に取り組んでいく必要がある。すなわち、“感染症の危機的状況”に的確に対応していくためには、リアルタイムに“最新情報の収集・共有化”をはかり、それらの情報を基に“連携・協力”して対応していくことが重要で、施設内での“コンプライアンスの向上やプロセス管理の徹底”などのガバナンスにつとめるとともに、地域における医療関連施設、医師会相互の連携・協力の推進、患者や一般市民、メディア、行政などを含めた、“ネットワーク”構築を図っていくことが以前にも増して重要なになってきている。

特に、昨年2012年4月から、診療報酬改定により、「感染防止対策加算、感染防止対策地域連携加算」が新たに設けられ、我が国の多くの地域で、加算1の施設間の連携、加算1の施設と加算2の施設との連携協力体制が大きく前進した。事実、加算要件にある定期的な相互訪問によるチェック、共同カンファレンスなどが実践されることで、地域におけるネットワーク構築が進展し、多くの施設での感染症対策のレベルアップ、ボトムアップが図られつつあることは非常に意義深いことである。しかし、一方では、マンパワーの不足による負担の増大や施設規模・レベルの違いによる不十分な相互理解、予算不足、さらには、今回の加算措置に関与していない施設の孤立など、この1年間で多くの課題や問題点が浮き彫りとなってきた。

本シンポジウムでは、以前から、地域連携に積極的に取り組んでこられた政本紀世先生（東京武蔵村山病院）、神田雅子先生（NTT東日本東北病院）、松永直久先生（帝京大学）にシンポジストとして参加していただき、それぞれの御立場から、“感染制御地域ネットワークの重要性”と“地域連携加算”に関してお話しいただくことにしてい

る。現在、最も注目されている“ネットワークと地域連携加算”を取り上げた本シンポジウムを通じ、施行後1年を経た今、あらためて、「地域ネットワークの重要性」、「見えてきたこと」、「課題」、「今後の展望」等について大いに討論し、地域連携の在り方についての議論を深めていきたいと考えている。多くの方々の御参加、そして活発な討論を期待したい。

総合シンポジウム 2

感染症危機管理：新興・再興感染症への対応

— H7N9感染症、SFTS、新型コロナウイルス感染症、風疹など —

司会：渡辺 彰（東北大学加齢医学研究所）

飯島 秀弥（仙台オープン病院 呼吸器内科）

演者：

1. 鳥インフルエンザ（特措法も含め）

石田 直（倉敷中央病院 呼吸器内科）

2. SFTS・新型コロナウイルス感染症

加來 浩器（防衛医科大学校 防衛医学研究センター）

3. 風疹

大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター）

公衆衛生の普及や優れた抗微生物薬の登場などにより一見制圧できたかに見えた感染症は再び私たちの前に大きな脅威として蘇ってきており、今や感染症危機管理は世界中のすべての医療機関におけるトップマネジメントとなっている。

現在、世界中で問題となっている感染症は大きく Emerging(新興) 感染症、Re-emerging(再興) 感染症に大別することができる。特に、2003年に中国広東省を発端に世界的なアウトブレイクへと発展し、世界中の医療関係者の間にパニックを引き起こしたSARS、そして2009年、メキシコを発端として発生し、世界的流行（パンデミック）となつた新型インフルエンザはあらためて新興感染症の恐さを再認識する出来事となった。さらに本年、中国上海近郊で発生し、中国全土、台湾で多くの重症者を出した鳥インフルエンザA(H7N9)感染症、我が国で初めての症例が報告された重症熱性血小板減少症候群(SFTS)、中東諸国で感染が拡大している新型コロナウイルス(MERS-コロナウイルス)感染症、そして我が国で大流行し、ワクチンが不足するなどの大きな影響を与えていたる風疹など、相次いで新興・再興感染症が発生しており、再び社会的なパニックが起きかねない状況となりつつある。

本シンポジウムでは、最初に、石田 直先生（倉敷中央病院）に、鳥インフルエンザA(H7N9)の話題、そして特措法を含め、「鳥インフルエンザ」についてのお話をいただく。次に、加來浩器先生（防衛医科大学校）に「SFTS・新型コロナウイルス感染症」についてお話しいただき、最後に大曲貴夫先生（国立国際医療研究センター病院）に「風疹」についてお話ししていただくことにしており。今回のシンポジウムを通じ、新興・再興感染症に関して現時点での最新情報を共有化していただくとともに、「対応はどのようにすべきか、今後に向けた課題は何か」、等について討論し、新興・再興感染症に対し、的確な感染症危機管理が実践できるよう知的情報（インテリジェンス）の共有化をはかりたいと考えている。多くの方々の御参加、そして活発な討論を期待したい。

教育セミナー1（ランチョン） 成人の風疹流行にどう対峙するか

司会：三木 祐（独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター 呼吸器内科 部長）
演者：大曲 貴夫（国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター センター長）

2012年からはじまった本邦における成人を中心とした風疹流行は、感染症法によって風疹が全例報告の対象となって最悪の状況となっている。2013年6月の段階で国内で1万人以上が罹患している。先天性風疹症候群患者については、これまで年間の報告数は0～2例であったが、現在の風疹流行が始まった2012年以降は、2013年7月13日までの時点で合計13例もの先天性風疹症候群患者が報告されている。成人におけるこれほどまでの風疹流行に、感染症対策を専門とする多くの医療者は戸惑った。それは既に前例のあるインフルエンザ対策とは異なり、成人の風疹という多くの医療者にとって極めて経験の乏しい疾患をどう封じ込めていけばいいのか、にわかには方策が思いつきにくいからである。このセミナーでは、2012年からの風疹流行に対して医療者が行ってきた対策を自施設の例も含めて紹介し、このようなある意味未曾有の感染症有事に私達感染対策に従事するものが何を出来るか、どうすべきかについて考えていきたい。

教育セミナー2（ランチョン）

アウトブレイクの経験～実際の経緯とその対策～

司会：宮城 由梨（学校法人 東北薬科大学 東北薬科大学病院）

アウトブレイクの経験～実際の経緯とその対策（感染性胃腸炎）～

演者：佐藤 香織（大分市医師会立 アルメイダ病院）

標準予防策の不徹底、接触感染予防策の未実施により、感染性胃腸炎（ノロウイルス）のアウトブレイクを同シーズンに2例経験した。1例目は、下痢症状のある職員が勤務を続け、職員や患者へ伝播した。患者多数のため集団隔離を実施し、新規入院の受入れを中止した。また、嘔吐下痢症状がある場合は出勤停止の周知徹底を図った。2例目は、患者から患者へ伝播した。入院前に嘔吐症状のみのため大部屋に入院した。入院後より下痢が出現し、共有トイレを使用した。その患者が初発となり、同室患者4名に症状が出現した。1名が嘔吐を誤嚥し気管挿管などの救命処置が必要となった。嘔吐のみの場合やノロウイルス抗原陰性の場合、接触感染予防策が実施されていなかった。ノロウイルス抗原が陰性でも偽陰性の場合があり、検査の結果だけで予防策の実施や解除の判断はリスクが高い。また嘔吐のみの場合でも、接触感染予防策が不要と判断されるまで、予防策を実施する必要がある。“接触感染予防策の確実な実施”と、“症状のある職員は出勤しない”ことが重要であると認識された。

アウトブレイクの経験～実際の経緯とその対策（疥癬）～

演者：奥 由美（医療法人恵愛会 中村病院）

まず、アウトブレイクが起こったと察した時、第一報を誰に、どこにするのかを組織として、決めておかねばなりません。そこから、事態収束のための活動に向かいます。アウトブレイクの存在の確認、感染源、感染対策、感受性者対策について実施していきます。それらの事を誰がおこなっていくかも決めておかねばなりません。今回、疥癬のアウトブレイクの事例を2つお話しします。ヒゼンダニ（疥癬虫）は人-人感染するが、潜伏期間が一ヶ月程度あり、感染には気づかず、二次感染します。激しい痒みと赤い発疹が特徴です。1事例目は疫学の3要素で、症例定義を作成。2事例目は、退院後からの二次感染の問題点とその対応についてお話しします。疥癬は潜伏期間が長い為、わかった時点での早期の対応が重要です。早期発見、早期対応がなされることで、感染拡大がかなり抑えられます。とにかく、皮膚病変を見つけたら、まず疥癬を疑えということですね。

教育セミナー3（ランチョン）

感染症救急ベーシックセミナー

救急・集中治療領域の感染症、敗血症に挑む —抗菌薬治療戦略の第一歩—

司会：光武耕太郎（埼玉医科大学国際医療センター 感染症科・感染制御室 教授）

演者：工藤 大介（東北大学病院 救急科・高度救命救急センター）

敗血症は感染症に基づく全身性炎症反応症候群 (Systemic inflammatory response syndrome: SIRS) であり、集中治療室の主たる死因である。このうち、臓器不全を伴う重症敗血症、十分な輸液にも反応しない敗血症性ショックの死亡率は40-50%を超えていた。欧米の関連3学会は、2002年の合同会議で、重症敗血症による死亡率を国際的に5年間で25%減らすことを目的として Surviving Sepsis Campaign (SSC) を展開することを決定し、2004年にはSSCガイドライン (SSCG) 初版が発表された。SSCG発表後に死亡率を減らしたという欧米からの報告が散見された。本邦からの報告では、重症敗血症の生存率は欧米を上回る。現在はSSCG2012が発表されており、また日本集中治療医学会からは、日本版敗血症診療ガイドラインが2012年に公表された。

本セミナーでは、若手医師が救急外来において、重症敗血症を早期に確実に診断し、適切な初期診療を行い、専門家（救急医、集中治療医、感染症医）に繋ぐことができるようになることを目標とする。初期診療の中でも、感染症に対する診断・治療に照準を絞り、SSCG2012および日本版敗血症診療ガイドラインに記載されている内容を、症例を交えながら解説を行う。診断および治療において、通常の感染症と重症敗血症の重要な違いの一つが時間的な要素である。重症敗血症は待てない。診断を逸すれば、また抗菌薬を外せば（感受性がない抗菌薬を投与すれば）、転帰は悪い。診断で重要なことは、培養などによる病原微生物の証明にこだわる必要はないということである。臨床的に感染が疑わしく、感染に対する生体反応であるSIRSがあると考えれば、敗血症と診断する。臓器障害や乳酸アシドーシス、乏尿、意識混濁、低血圧、のいずれかがあれば重症敗血症である。重症敗血症に対しては迅速で確実な治療が必要となる。抗菌薬選択は、「外さない」ことが重要である。経験的治療として、原因感染症を推定し、その感染症で疫学的に頻度の高い原因菌を十分にカバーできる広域抗菌薬の投与を行う。また、原因菌が同定され、初期治療の反応が良好であれば、可及的狭域の薬剤を用いた標的治療へ変更（デエスカルーション）し、適切な期間で抗菌薬投与を中止することで、耐性菌の出現を防ぐ。

教育セミナー4（ランチョン）

Clostridium difficile 感染症対策への新たなアプローチ —プロバイオティクスを含めて—

司会：金光 敬二（福島県立医科大学 感染制御学講座）

演者：國島 広之（聖マリアンナ医科大学内科学 総合診療内科）

Clostridium difficile は、抗菌薬投与後に下痢症をおこす原因菌として知られている。院内の下痢症においては、常に *C. difficile* 感染症 (*Clostridium difficile* Infection: CDI) の可能性を考慮する必要がある。

重症感染症においては早期からの広域抗菌薬や、高用量、併用投与が行われることがあり、感染症の適切な診断と治療について、感染症診療部門との連携も含めて対応する必要がある。CDI の培養検査は時間を要し、トキシン検査は迅速性に優れるものの感度は約 60～90% と必ずしも十分ではない。*C. difficile* は無症候性保菌者がみられ、トキシンや培養検査の経時的な実施についての有用性は少ない。また約 20% にトキシン非産生 *C. difficile* もみられることから、臨床的に総合的な診断・治療と感染対策を行う必要がある。

CDI は接触感染対策が適応され、個室隔離と適切な個人防護具の着用が必要である。アルコールによる消毒が無効であり、環境を伝播経路とすることもある。手指衛生を始めとする交差感染対策の評価・検討が必要であるとともに、他職種が連携して対応することが求められることから、日ごろからの ICT および地域連携会議においても重要なテーマとなる。

加えて、近年では抗菌薬の適正使用や、交差感染対策など基本的な感染対策のほか、プロバイオティクス製剤など新たなアプローチによる感染対策も期待されている。従来、多くの種類の微生物の恩恵により、我々の食卓には様々な発酵食品が並んでおり、微生物は数千年以上前より人類に利用されてきた。プロバイオティクスは、胃酸・胆汁酸などの上部消化管のバリアーを生き抜けられることが定義のひとつとなり、これらの耐酸性や耐胆汁性は同じ菌種でも菌株によって異なるため、多数の菌株を試験することにより製剤として適した菌株が見いだされる。プロバイオティクスの効果としてサルモネラ、病原性大腸菌、ディフィシル菌、ヘリコバクター・ピロリなどの病原微生物の増殖や菌体外毒素を抑制することが知られている。これらの効果は、同じ種類でも菌株ごとにその効果は異なる。現在、我が国では多くのプロバイオティクス製剤を医療現場で用いることができる。感染性胃腸炎、抗菌薬関連腸炎である *C. difficile* 感染症における投与では、有用性が報告されているほか、様々な院内感染症においても研究が進みつつある。

教育セミナー5（ランチョン） 感染管理における最新のTopics: 米国感染制御疫学専門家協会APIC2013に参加して

司会：福田 祐子（岩手県立中央病院 感染管理部）
演者：操 華子（宮城大学大学院 看護学研究科）

米国感染管理疫学専門家協会 (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology: APIC) 主催の2013年の年次大会は、フロリダ州フォートダデーロで開催された。APIC2013は、設立40周年にあたる記念の年であり、オープニングセレモニーは “I am a difference maker.” をキーワードに、1970年代から2000年代までの各年代で感染管理の知識体系の構築に大きく貢献してきた人々が登場し、数千名を超すであろう参加者でうめつくされた会場は多いに盛り上がった(公式参加者数4,163名、うち医師や看護師などの臨床家2,514名、海外33カ国からの参加者343名)。文献で何度もその名前を拝見し、引用させていただいたSENIC Studyの主任研究者であられたHaley, R.W. 医師も登壇され、筆者は歴史の一頁に招待されている気持ちになった。

本ランチョンでは、この記念すべき年次大会で取り上げられ、報告されたトピックスについて、ご紹介したいと思っている。限られた時間の中ではあるが、特に人工呼吸器関連肺炎サーベイランスの疾患定義の変更、中心静脈カテーテル(中心ライン)関連感染に関する話題、高齢者対象の長期療養型施設における感染予防対策の実態、感染管理担当者が実践の根拠として活用する文献Top 10などをご報告する予定である。

教育セミナー6（スイーツ）

重症感染症のマネジメント

司会：萱場 広之（弘前大学大学院医学研究科臨床検査医学講座）

講演I

「医療者全体で考える抗菌化学療法」

演者：藤村 茂（東北薬科大学 臨床感染症学教室／東北薬科大学病院 感染管理対策室）

重症感染症は、菌血症や敗血症などの血流感染症や肺炎などの呼吸器感染症を中心に、髄膜炎や腹腔内感染症など多岐にわたる。その起因菌として、MRSAや多剤耐性緑膿菌などの耐性菌がクローズアップされるが、耐性菌だから、より重症化するということではない。重症の細菌感染症に対し、一般に広域かつ殺菌性の抗菌薬が第一選択薬として使用されるが、最近ではHit and awayに則った高用量投与が定着しつつある。そこで選択される抗菌薬は、メロペネム（先発薬）やドリペネム、ピペラシリン／タゾバクタム、スルバクタム／アンピシリン（先発薬）、注射用キノロン系薬のほか、抗MRSA薬などであるが、これらの薬剤を適正に使用することが求められている。

現在の日本において、製薬会社は抗菌薬の新規開発から撤退してきており、これから10年は新規の抗菌薬が発売されないとわれている。したがって、現行の抗菌薬の耐性化を防ぎつつ治療を進めなければならないのである。なぜこんな状況になったのか、抗菌薬の適正使用のために何を考えていかなければならぬのか、抗菌化学療法を取り巻く最近の話題を提供する。

講演II

「重症感染症と抗菌薬適正使用」

演者：村上 啓雄（岐阜大学医学部附属病院生体支援センター）

重症細菌感染症は適切に抗菌化学療法を行わないと予後にかかる。したがって一刻も早く治療を開始すべきであるということは異論がないが、その他に重症でない感染症の場合と違う戦略があるだろうか？現場からは、より「強力」に治療すべきであるという意見をよく聞くが、「強力」な治療とされる広域スペクトラム抗菌薬の使用、投与量増量、複数抗菌薬の併用、殺菌的抗菌薬の選択、投与期間の延長などの必要性やDe-escalationの是非などについて皆さんと一緒に考えてみたい。

一方、ICTとしての抗菌薬適正使用の取り組みとして、わが国では届出制／許可制、TDMの推進、抗菌薬ラウンド、周術期抗菌薬チェックなどが各施設で積極的に行われている。しかしこれらは特定の薬剤に限定した適正使用推進策であり、また目に見える効果として実感できないことを以前から痛感していた。当院ではより効果的な方策として、ICTメンバーである専任薬剤師とICDの連携で、入院患者で抗菌薬を使用開始する全症例について、処方初日から主治医に介入する試みを2009年8月から開始し、すでに4年が経過した（Antimicrobial Stewardship in Gifu University Hospital）。本講演では、この取り組みがどのような抗菌薬適正使用推進効果を発揮したかを示すとともに、ICTメンバーとしての薬剤師の役割、またチーム医療において各職種はどのように力を発揮すべきかについてもディスカッションしたい。

教育セミナー7（スイーツ） 手指衛生をいかに行うか!?

司会：竹村 弘（聖マリアンナ医科大学病院 感染制御部 部長）

手の衛生遵守率を向上させる為の様々な工夫 ～とにかく色々とやってみましょう！～

演者：土井 英史（特定非営利活動法人日本感染管理支援協会 理事長）

感染対策における手の衛生の重要度は誰もが認めるところではあるが、その遵守率においては世界各国を散見しても非常に苦慮しているのが現実である。この単純とも思える行動を、医療従事者だけでなく患者家族および公衆も含めた人間は何故できないのであろうか。それとも必要性を理解できていないのであろうか。あるいは、各個人においては実施しているという錯覚に陥っているのであろうか。では、どのようにすれば人々は手の衛生を実施できるのであろうか。また、手の衛生が実施できたとしても、感染対策ではそのタイミングが非常に重要なものとなる。感染対策上、必要でないタイミングで100回手の衛生を実施しても、必要なタイミングで1回実施しなければ、感染対策上意味をなさない。そこで、まずは人間それぞれの五感を刺激して手の衛生行動へ結び付けることから開始して“習慣化”してしまうことが重要と思われる。その後、手の衛生のタイミングを習得し感染対策上意味のある手の衛生遵守率を向上させれば良いかもしれません。そこで今回は、手の衛生を習慣化させるための欧米や、私がInfection Control Coordinatorしている病院での様々な工夫を紹介し皆様の感染対策の一助となれば幸甚です。

Clean Hands, Safe Hands

演者：堀 賢（順天堂大学大学院医学研究科 感染制御科学 教授）

手指衛生は、その簡潔性にもかかわらず、実際の医療現場における順守率は期待したほど高くない。従来は、手指衛生の順守率向上のために、徹底した教育と定期的なキャンペーンによる意識の向上が軸であったが、一処置一手洗いポリシーより下では、潜在的に感じる不合理さと、臨床現場の多忙さを理由に継続的な改善は非常に困難であった。2009年に世界保健機構が「医療における手指衛生ガイドライン」を発表し、手指衛生が必要な5つの場面が提唱され、直接観察法による質的評価と、アルコールゲル消費量の測定による量的評価を組み合わせる必要性が説かれた。我々はこれを「手指衛生順守率向上のためのPDCAサイクル」に取り入れ、質的評価による順守率改善のターゲットの同定と集中的な教育、また量的評価による継続性のモニタリングを行い、劇的な順守率およびアルコール消費量の向上を得た。また、現場のリンクナースでも容易に質的自己評価ができるように、タブレット型コンピュータ用アプリを開発し、動画撮影機能を組み合わせながら、セルフ・オンサイト教育を実践している取り組みを紹介する。

一般演題(ポスター)

1 コース

会場：桜 1

時間：13：00～14：00

司会：神保 昌世

橋本市民病院 感染管理認定看護師

···P-1···

当院における「感染管理」はこうして変わった

演者：吉田佑美子

栃内第二病院 看護管理室

平成24年始めて参加したJ感染制御ネットワーク東北ベストプラクティス部会、まずは感染管理の基本からと当院から気管内吸引と環境整備に2名が参加しました。

慣れないPCと睨めっここの苦労の連続でしたが、何とか出来上がったベストプラクティス さていかに活用して貰うかが大きな課題でした。何故活用して貰えないのか？何故安易に元のやり方を通すのか？それには繰り返しの教育と指導者の根気が大切でした。

···P-2···

褥瘡処置のベストプラクティス ～褥瘡処置の標準化を目指して～

演者：今野 隆輝¹⁾、千田 安子²⁾、今野さとみ³⁾、志田美紀子¹⁾、志田 裕子¹⁾、橋本 良子⁴⁾

- 1) 医療法人 勝久会 地ノ森クリニック 病棟
- 2) 医療法人 勝久会 地ノ森クリニック 看護師長
- 3) 医療法人 勝久会 地ノ森クリニック 看護主任
- 4) 医療法人 勝久会 地ノ森クリニック 検査技師長

当クリニックは、老人保健施設を併設し中途採用や休職者の採用など看護業に携わる際の知識や経験年数に開きがあり、褥瘡処置についても個々の経験に基づいて行っていたため、統一が難しく、感染予防に配慮に欠けることがある。

当院感染委員会は、今回褥瘡委員会で「DESIGN-R」を導入することに伴い、感染予防に配慮したマニュアル作成を行うため感染管理ベストプラクティスを導入し、手順の統一に取り組んだので報告する。

P-3

閉鎖式尿道留置カテーテル挿入手順書作成

演者：久和 美恵

坂下厚生総合病院

当院では尿道留置カテーテルの手順において、閉鎖式尿道留置カテーテル導入時に手順の見直しがされず看護師により手順はさまざまだった。そこでICT委員会をはじめ医療安全委員会、業務委員会と連携し手順の統一化をはかった。今年5月から院内の統一マニュアルとして採用された。手順の遵守率も向上し、現在各病棟の尿道留置カテーテルによる病棟内感染危険指数も上昇はみられていない。

.....

P-4

感染管理ベストプラクティスの活用状況調査

～実践現場で活かされる感染管理ベストプラクティスを目指して～

演者：沼館 育世、小野寺綾子、佐藤 智子、中村 美央、佐々木由美子

秋田大学医学部附属病院

当院では、2010年より感染管理ベストプラクティス（以下、ベストプラクティス）を感染制御マニュアルに収載している。ベストプラクティスは、当院におけるエビデンスに基づいた最善策でありながら、日常の実践現場で活かされているか私たちは疑問を感じた。そこで、実践現場におけるベストプラクティスの活用状況を把握するために、看護師を対象にアンケート調査を実施したのでその結果を報告する。

.....

2コース

会場：桜 1

時間：13:00～14:00

司会：佐藤 久子

塩竈市立病院 看護師長

···P-5···

血液培養採血ベストプラクティス作成と取り組みの結果

演者：菊池 美雪、高橋 律子、折笠 恵子

米沢市立病院

血液培養採血は無菌操作で採取しなければ、正確な検査結果が得られず、治療に影響を与える可能性がある。当院では病棟によって看護師が採血を行っているが、手順がなく、作成の要望があった。そこでベストプラクティスイラスト手順を作成し、リンクナースを中心にデモストレーションによる学習会を実施、教育前後で評価を行い、手順の修正を行った。その結果を報告する。

···P-6···

当院における血液培養ベストプラクティスの取り組みと効果

演者：遠藤 美穂¹⁾、佐藤ゆかり²⁾、佐々木久美子²⁾

1) 秋田県成人病医療センター 感染対策委員

2) 秋田県成人病医療センター

感染対策委員会では、2009年よりカテーテル関連血流感染防止対策に取り組んでいる。その対策の一つとして、血液培養の実施手順を統一することを目的とし、看護部感染対策委員会で血液培養ベストプラクティスマニュアルを作成した。ベストプラクティスマニュアルとDVDを使用し、全医師、看護職員に教育介入を行なった。結果、血液培養実施率の向上、2セット実施の増加、コンタミネーションの減少を認めたので報告する。

P-7

末梢静脈カテーテル留置手順の遵守率低下からの検討 ～最重要手順の遵守率低維持をめざして～

演者：千葉 美香、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

2011年に末梢静脈カテーテル留置の手順を作成し、チェックリストで遵守率の評価を行った。直後は全ての手順が80～100%であった。しかし1年10ヶ月後には針廃棄容器の持参・針廃棄、手袋の装着、後片付け、手指衛生が25～75%まで低下した。それらは最重要手順であった。改善するため1ヶ月後に再度評価し4ヶ月後に採血ワゴンの作成、5ヶ月後に評価を行った。その結果、遵守率は80～100%に回復した。この経過と課題を報告する。

.....

P-8

感染対策に重点をおいた「採血・点滴専用ワゴン」の作成 ～針刺し事例から学ぶ～

演者：上野由香里、伊藤 和之、菊地 祐子、石川美喜子、田中 耕平、小野寺奈美、

千葉 美香、佐々木浩美、八木橋香津代

スズキ記念病院

ワゴンに置いた満杯の針捨て容器が横転し、使用済み針が床で跳ね返り患者の腕をかすめた事例があった。物品の改善として「採血・点滴専用ワゴン」を作成した。ワゴン作成における感染対策のポイントは、1針捨て容器が倒れない 2針廃棄がしやすい 3清潔と汚染の区別が明確である 4使い易い である。以上の点をふまえ、ICTとスタッフが意見交換を重ね、専用ワゴンの改良を行った。今回、この作成・実施・評価・改良の経過を報告する。

.....

3コース

会場：桜 1

時間：13:00～14:15

司会：國島 広之

聖マリアンナ医科大学内科学 総合診療内科

···P-9···

PDCAサイクルを活用した手指衛生回数増加に向けての取り組み

演者：鎌田 佳奈

岩手県立中部病院

速乾式擦式手指消毒薬の使用回数増加に向けて、PDCAサイクルを活用し取り組んだ。Planは啓発活動、手指消毒薬の設置場所の検討等。Doは手指消毒薬を現在の定位置の他に増設、「手指衛生5つの瞬間」の研修会を実施。Checkは手指消毒薬の使用回数の推移を確認。Actionはフィードバックと更に記録や看護場面で看護師の側にある電子カルテパソコンラックに手指消毒薬を常備した事で手指衛生回数が増加した。

···P-10···

手術室手洗い環境改善～ラビング法導入に向けての取り組み～

演者：長山 翔子¹⁾、菊池 栄子²⁾

1) 岩手県立中部病院 手術室看護師

2) 岩手県立中部病院 手術室

2005年医療法一部改正により手術時手洗い水の管理基準が変わり、手洗い方法もツーステージ法から、非抗菌石鹼とアルコール含有擦式手指消毒薬を使用するラビング法が主流となってきている。ラビング法導入に向け、知識と手技の習得の研修会後手術室の手洗い場の環境改善に取り組んだ。これによってスムーズなラビング法へと移行し、正しい手洗い法の習得、またコスト削減につながる取り組みとなつたため報告する。

P-11

アイシールド着用推進の取り組み～個人用ゴーグルの導入～

演者：奥山 智春¹⁾、佐々木佳代¹⁾、笠原 恵¹⁾、今野 悠¹⁾、佐々木太実¹⁾、
佐藤 明子²⁾、大石 貴幸²⁾

- 1) 大崎市民病院 看護部感染対策委員会
- 2) 大崎市民病院 感染管理室

JES2011結果概要報告「エピネット日本版B 皮膚粘膜曝露」から暴露部位として目が最も多く、暴露した人の90%以上は眼を守るための防護はしていない。当院では2010年からディスポゴーグル、共有ゴーグルを採用したが払い出しが0であった。2013年7月現在個人用ゴーグルの携帯率は医師72.5%、暴露リスクの高い救急部門、手術室、内視鏡室、歯科のコメディカルスタッフが100%となった経緯を報告する。

P-12

病院内の水周りの環境整備方法の検討

演者：佐藤 久美¹⁾、三田村敬子¹⁾、松本 哲哉²⁾

- 1) 公益財団法人ライフ・エクステンション研究所 附属 永寿総合病院 感染制御部
- 2) 東京医科大学病院 感染制御部

共有スペースである水周りは交差感染のハイリスク環境であり、バイオフィルム対策を考慮した適切な環境整備方法とその評価方法が重要となる。今回、シンク、トイレなど水周りの環境整備方法を従来の方法から酸化剤配合型除菌・洗浄剤に変更し、ATP測定および環境培養により評価した。その結果、ATP値の減少、培養陰性化およびバイオフィルム形成抑制が認められた。本検討による水周りの環境整備方法の見直しについて報告する。

P-13

患者周囲環境対策の検討～MRSA 対策～

演者：松本 千秋¹⁾、光武耕太郎¹⁾、宮里 明子¹⁾、宮澤千恵子¹⁾、藤巻 聰美²⁾、
小野 誠²⁾

- 1)埼玉医科大学国際医療センター 感染対策室
- 2)埼玉医科大学国際医療センター CICU

MRSA陽性患者が急増したCICUで、環境を介した伝播対策を検討した。蛍光剤を用いて環境面接触後の接触経路を追跡し、高頻度接触面を中心に手指衛生や清掃方法など見直した。結果、MRSA院内伝播は39%減少し、患者環境接触後の手指衛生遵守率は69%増加した。感染経路の可視化により環境整備の要点を押さえた対策ができ、スタッフの意識向上に繋がった。環境を考慮した対策はMRSAの水平伝播防止に有用と考える。